

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

248

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel JAUPITRE

Né le 11 Juin 1911, à LORRIS (Loiret)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS SOUS-URÉTRAUX
CHEZ LA FEMME

Président : M. MARION, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

815

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Michel JAUPITRE

Né le 11 Juin 1911, à LORRIS (Loiret)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS SOUS-URÉTRAUX
CHEZ LA FEMME

Président : M. MARION, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

MM	
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TUFIENEAL
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
Clinique médicale	Maur. VILLARET
	LOEPER
	CARNOT
	Marcel LABBE
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAI
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique cardiologie	LAUBRY
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM

AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale
RULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale
COSTE	Pathologie médicale.
DCGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK- BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.

DE GAUDART	Pathologie chirurgicale
D'ALLAINES	Pathologie médicale.
DE GENNES... ..	Physiologie.
GAYET	Histologie.
GIROUD	Pathologie médicale
HAGUENAU	Oto-rhino-laryngologie
HALPHEN	Pharmacologie.
HAZARD	Anatomie pathologique
HUGUENIN	Hygiène.
JOANNON	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Pathologie médicale
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LELONG	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR.....		
LIAN		
PASTEUR-		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
ECALLE		
LE LORIER	} Clinique obstétricale	
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153313_0006

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

Qui m'ont précédé dans cette carrière.

A LA MEMOIRE DE MES GRAND'MERES

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de mon profond amour filial.

A MA SOEUR

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

*Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.

Témoignage de respectueuse recon-
naissance.

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT MONOD

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Qui nous inculqua les grands principes de la chirurgie moderne pendant notre année passée à sa consultation de chirurgie.

Témoignage de gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous inspira le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses précieux conseils pendant notre année d'externat passée dans son service.

Témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DONZELOT

Médecin à l'Hôpital Nouveau Beaujon

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Hommage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC ISELIN

Qui guida nos premiers gestes opératoires et fut pour nous un guide précieux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND DOSSOT

Qui nous aida de ses amicaux conseils dans l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DEFLOU

Qui fut pour nous plus qu'un frère.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Contribution à l'étude des abcès sous urétraux chez la femme

HISTORIQUE

Les abcès sous-urétraux représentent une affection qui est loin d'être exceptionnelle, et les cas que l'on peut relever dans la littérature sont assez nombreux.

Il nous a été donné, au cours de nos études, d'en observer plusieurs et il nous a paru intéressant d'en reprendre l'étude, surtout du point de vue thérapeutique.

Cette affection a été également appelée par de nombreux auteurs « urétrocèle » ou « fausse urétrocèle ».

Ce terme nous paraît mauvais, car du fait même de son étymologie il ne devrait désigner qu'une dilatation localisée de l'urètre de la femme : dilatation tapissée de l'épithélium urétral faisant hernie en un point faible où les autres éléments de la paroi de l'urètre ont cédé.

Or cette dilatation isolée d'un segment de la paroi urétrale inférieure avec intégrité de la statique vésicale et vaginale est tout à fait rare et la plupart des observations publiées sous le nom d'urétrocèle ne répondent pas à cette lésion anatomique.

Aussi croyons-nous préférable d'abandonner cette

expression de « fausses urétrocèles » pour celle d'abcès sous-urétraux » qui, du reste, n'est pas nouvelle, puisqu'en 1847 HUGUIER rapportait à la Société de Chirurgie, dans son « Mémoire sur les kystes de la matrice et les kystes folliculaires du vagin » une observation de « kystes muqueux du vagin situés à droite de l'urètre dans la cloison vésico-vaginale : *Abcès sous-urétral* ouvert spontanément dans l'urètre. Extirpation partielle du kyste, ouverture artificielle de l'abcès dans le vagin ; guérison ».

Dans cette observation qui est la plus ancienne que nous ayons retrouvée dans la littérature, l'auteur avait très nettement établi la distinction entre le kyste ordinaire du vagin et l'abcès sous-urétral communiquant avec l'urètre, ces deux affections ayant coexisté dans ce cas et ayant été opérées à trois jours d'intervalle.

Depuis, les différents auteurs qui ont rapporté des cas semblables, et étudié la question, ne s'accordent pas sur la définition et les termes employés.

On trouve d'abord quelques observations éparses en France ou à l'étranger. En France, FOUCHER, GILETTE, SIMON en rapportent quelques cas, En Allemagne, STOEKEL, HALBAN et TANDLER. En Angleterre et en Amérique, NEWMANN, HERMANN, PRIESTLEY, LAWSON TAIT, THOMAS, ROUTH.

DUPLAY, en 1880, dans les « Archives générales de Médecine », dans un travail intitulé « Contribution à l'étude des maladies de l'urètre chez la femme », donne une description de l'urétrocèle sans distinction de cas.

Vers la même époque, NEWMAN, en Amérique, traite le même sujet dans un article intitulé « Urétrocèle in the female ».

Tous deux, quoique employant le mot d'urétrocèle, décrivent bien cette affection et lui font une place bien distincte.

En 1894, l'Ecole de Lyon, avec les articles de AUGAGNEUR, CONDAMIN, et la thèse de CALAVASSY reprennent la question sous le nom d'abcès sous-urétral. La même année, DUCHAMP rapporte le premier cas chez une femme enceinte.

En 1896, QUÉNU et PASTEAU étudient les calculs des abcès sous-urétraux.

Plus près de nous les travaux de LEJARS, PETIT-DUTAILLIS, les observations de BURTY, ISELIN.

En 1922 VILLEMEN expose à la Société d'Urologie ses résultats de l'urétroscopie au Mac Carthy dans cette affection.

L'année suivante LEBRUN dans le *Journal d'Urologie* reprend l'étude d'ensemble de cette question.

En 1930, Armand consacre sa thèse à l'étude des « urétrocèles vaginales, kystes et abcès sous urétraux fistulisés ».

Depuis lors, GOUVERNEUR en 1933 s'occupe de la question surtout du point de vue chirurgical dans les articles qu'il publie dans *La Médecine* et *Le Livre Jubilaire d'Hartmann*.

Enfin en 1936 FERRIER dans un travail présenté par FLANDRIN à la Société d'Urologie remet le traitement en question en proposant l'intervention par la haute fréquence par voie endoscopique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abcès sous-urétral siège à l'entrée du vagin sur la paroi postérieure de l'urètre. Il n'est jamais très volumineux. Sa grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'une mandarine. Il siège en plein septum uréthro-vaginal à l'intérieur duquel il se développe. Il est étroitement uni par un collet plus ou moins court à l'urètre dans lequel il vient s'ouvrir à plus d'un centimètre du méat, en plein face inférieure.

Les parois de ces abcès ont une constitution variable selon les cas.

Dans un premier groupe entrent tous les abcès sous-urétraux dont la paroi est constituée d'éléments ayant conservé les caractères plus ou moins altérés de ceux de la paroi de l'urètre.

Dans un second groupe exceptionnel et spécial, ceux dont la paroi est tapissée d'épithélium de la muqueuse vaginale, cas beaucoup plus rares et dont le Docteur de BEAUFOND a rapporté une belle observation au Congrès d'Urologie de 1936.

Très souvent enfin, on ne trouve qu'une poche pyogénique dont il est impossible de caractériser les éléments cellulaires primitifs.

L'orifice de communication avec l'urètre est arrondi ou allongé dans le sens du grand axe de l'urètre. Sa

taille varie d'une tête d'épingle à une pièce de 0 fr. 50. Lorsque l'abcès date déjà d'un certain temps cet orifice s'entoure d'éléments inflammatoires : végétations et bulles d'œdème qui peuvent même arriver à le masquer complètement.

A l'intérieur de cette poche existe du pus plus ou moins épais selon les cas.

Assez souvent on y trouve également des calculs sur l'origine desquels on a beaucoup discuté (QUÉNU et PASTEAU).

Les uns y voient des calculs venus du rein ou de la vessie et qui se seraient enclavés dans l'abcès sous-urétral lors de leur passage par l'urètre.

D'autres prétendent même que ce sont des calculs qui, bloqués par un rétrécissement de l'urètre seraient l'origine de l'abcès sous-urétral.

Enfin la plupart des auteurs estiment que ces calculs naissent dans la poche elle-même du fait de l'infection, comme naissent ceux qui se forment dans les vessies infectées qui se vident mal.

ETIOLOGIE

Les abcès sous urétraux peuvent avoir différentes origines. Ils résultent essentiellement de l'infection des glandes sous urétrales, plus rarement de l'inflammation et de l'ouverture dans l'urètre d'un kyste antérieur du vagin ou d'un hématome du septum urétro-vaginal. Quant à l'origine congénitale si fréquemment invoquée elle est en réalité exceptionnelle.

La muqueuse de l'urètre est représentée par un épithélium statifié polymorphe; elle présente quatre à cinq plis longitudinaux dont l'un médian postérieur et des plis transversaux réunissant les précédents et délimitant entre eux des dépressions régulières arrondies ou polyédriques. Dans le fond de la dépression s'ouvrent les glandes urétrales.

Or, fait essentiel, ces glandes dans les deux tiers inférieurs de l'urètre sont larges, ramifiées, profondes, pénétrant dans la sous-muqueuse et possédant un canal excréteur long et étroit. Par conséquent, en cet endroit, sont groupées des glandes multiples à canal excréteur de petit calibre d'où facilité de l'obstruction de ce canal et transformation de ces glandes en kystes ou abcès. Ces dispositions anatomiques expliquent bien que les abcès de ces glandes siègent à la paroi infé-

rière de l'urètre et sont plaquées contre la paroi antéro-supérieure du vagin.

C'est l'infection glandulaire qui entraîne l'obstruction du canal et par tant la formation du kyste ou de l'abcès.

Si l'infection est légère cet abcès sous urétral peut rester stationnaire ou augmenter de volume et s'ouvrir à un moment donné dans l'urètre. Dès lors se trouve constituée une petite cavité diverticulaire où l'urine stagne et l'abcès sous urétral est formé. Toutes ces lésions se seront constituées insidieusement sans grandes douleurs.

Dans le cas où l'infection est plus intense, on assiste alors à la formation d'un abcès sous urétral plus aigu, né aux dépens de la cavité glandulaire abcédée et qui s'ouvre dans l'urètre. L'urine pénètre dans la cavité, se mêle au pus, et entretient une suppuration qui devient chronique.

Différents germes peuvent provoquer ces abcès sous urétraux. Tantôt ce sont les gonocoques qui viennent s'enkyster dans une glande et y trouvent un repaire, tantôt ce sont des différents germes d'infection urinaire : colibacilles, entérocoques, staphylocoques, etc. Cette infection urinaire peut être la conséquence d'une constipation opiniâtre entraînant une colibacillurie ou résulter d'une grossesse ou de tout autre cause.

On a également invoqué le rôle adjuvant que peuvent jouer les rétrécissements de l'urètre : rétrécissements très rarement congénitaux, le plus souvent acquis, soit inflammatoires, soit cicatriciels.

Le rôle que peuvent jouer les calculs dans la formation des abcès sous-urétraux a été vu au chapitre précédent. Il paraît assez problématique, en tout cas fort rare.

Les traumatismes obstétricaux peuvent favoriser l'infection des glandes lors de l'accouchement.

Ils peuvent également entraîner la formation d'hématomes du septum uréthro-vaginal, qui s'ils suppurent secondairement peuvent donner des abcès sous urétraux.

Les kystes antérieurs du vagin sont assez rares mais ils existent néanmoins et peuvent en s'abcédant s'ouvrir dans l'urètre formant un abcès sous-urétral. Ils peuvent être congénitaux ou acquis.

SYMPTOMATOLOGIE

Parfois les abcès sous-urétraux sont si petits et donnent des signes si légers qu'ils sont ignorés des malades et ne sont découverts que par l'examen systématique de celles-ci. Ce dernier peut être pratiqué pour des rechutes inexplicables d'une blennorragie rebelle ou pour toute autre affection.

Souvent ces abcès provoquent des douleurs urétro-vaginales avec signes légers de cystite : légère brûlure à la miction, pollakiurie.

A côté de ces douleurs on note assez souvent une légère incontinence post-mictionnelle ; la malade voit quelques instants après la miction quelques gouttes d'urine sourdre de son méat ou, constate que, malgré les précautions prises pour vider complètement sa vessie, son linge est souvent mouillé. Parfois c'est en dehors des mictions lors d'un effort, d'un éclat de rire, que la malade sent s'échapper quelques gouttes d'urine, et l'on pourrait penser alors à une insuffisance sphinctérienne.

On comprend aisément que cette légère infirmité puisse entraîner de l'irritation locale : érythème vulvaire et même ulcérations s'accompagnant d'une odeur très désagréable.

Certaines de ces malades ont trouvé elles-mêmes le

moyen d'éviter cet inconvénient : elles évacuent ces quelques gouttes retardataires en appuyant avec leur doigt sur la masse qu'elles sentent à la partie antérieure de leur vagin.

On a également signalé dans plusieurs observations une douleur au coït : douleur le plus souvent légère et bien supportée, rarement assez intense pour entraîner la cessation des rapports.

De même, toute pression vulvaire étant très douloureuse chez certaines malades, la station assise peut provoquer une douleur que la femme évite alors en ne s'asseyant que sur le bord des sièges. Ce n'est que rarement que l'on a vu apparaître ces crises douloureuses d'une extrême violence qu'avait si bien décrites *DUPLAY*, se caractérisant par une exacerbation de la douleur qui devient aiguë, envahit toute la vulve, irradie vers les cuisses, la région sacrée, les lombes et s'accompagne de ténésme vésical et rectal. Dans certains cas, ces crises arrachent des cris aux malades qui sont angoissées et couvertes de sueurs.

Ces crises sont en général de courte durée, ne dépassant guère quelques minutes, mais elles peuvent se répéter fréquemment.

Il ne faut pas perdre de vue que ces crises douloureuses aiguës sont tout à fait exceptionnelles, surtout chez les femmes qui observent des règles suffisantes d'hygiène.

L'examen physique pratiqué avec méthode chez ces femmes, venues consulter pour des signes de cystite

avec douleurs uréthro-vaginales, permet facilement et à coup sûr de reconnaître la lésion pourvu que l'on connaisse bien cette affection. La malade étant couchée sur le dos en position gynécologique, la simple inspection révèle souvent une tumeur vulvaire s'offrant spontanément à la vue.

Si cette tumeur est petite on la découvre en écartant légèrement les lèvres.

Cette tuméfaction est arrondie ou allongée suivant l'axe de l'urètre. Elle est en général séparée du méat, située à un ou deux centimètres en arrière de lui. Cette masse est exactement médiane, parfois petite, de la taille d'une noisette ou d'une noix, parfois plus volumineuse atteignant les dimensions d'une mandarine. Son volume peut d'ailleurs varier d'un jour à l'autre.

La muqueuse qui recouvre l'abcès sous-urétral est d'aspect variable. Si la masse est petite la muqueuse vaginale conserve sa coloration rosée et son humidité normale ; on y retrouve le début de la colonne antérieure du vagin bordée de ses plis latéraux. La muqueuse glisse sur la tuméfaction qui est lisse et tendue. Mais lorsque les abcès sous-urétraux sont de grandes dimensions la muqueuse devient dépolie, sèche, rugueuse ; elle prend une teinte livide ou violacée.

Le méat surplombe la voussure ; il est le plus souvent intact. Lorsque la poche est trop volumineuse, elle peut refouler le méat vers le pubis, le masquant légèrement.

C'est la palpation qui précisera les caractères de cet abcès sous-urétral en établissant son siège exact et en

permettant par l'expression de cette poche de faire sourdre du pus au méat.

D'un doigt introduit dans le vagin et faisant le tour de cette masse on se rendra compte que cette dernière est suspendue à l'urètre, collée contre sa face inférieure. Parfois on peut presque la séparer du canal. Plus souvent, au contraire, elle est plaquée à la face inférieure du conduit avec lequel elle fait corps.

En général cet abcès sous-urétral est strictement médian ; ce n'est que rarement qu'il peut se présenter légèrement latéral par rapport à l'urètre. En palpant d'avant en arrière on retrouve au-dessus de lui la paroi vaginale qui est normale avant d'arriver au col de l'utérus. Même dans les cas de tumeur de gros volume on peut toujours retrouver un sillon séparant le col de l'utérus de l'abcès sous-urétral, sillon correspondant au sphincter vésical.

Cette palpation peut provoquer une douleur assez vive tout au moins en un point électif ; aussi devra-t-on la pratiquer toujours avec douceur.

Ces différentes manœuvres faites pour préciser le siège et l'aspect de cette tumeur entraînent presque fatalement l'issue par le méat d'urine parfois claire, le plus souvent trouble ou franchement purulente : signe capital qui, joint à l'existence d'une masse sous-urétrale, suffit pour affirmer le diagnostic en même temps que la pression fait sortir du liquide, la masse diminue de volume. En général on n'arrive pas à la vider complètement et les auteurs anciens ont insisté dès le début sur ce fait que l'on ne parvient souvent

qu'à faire sourdre un peu de liquide. Ceci tient à l'épaisseur et à la rigidité des parois de la poche qui s'opposent à son évacuation complète.

L'examen bactériologique de ce liquide montrera des germes d'infection secondaire, au premier rang desquels le cobibacille. Rarement on constate la présence de gonocoques dans ce pus.

Enfin, faisant uriner la malade tout en appuyant sur son méat pour l'obturer on peut assister à la réapparition de la poche qui reprend ses caractères primitifs.

On complètera l'examen en sondant la malade. La sonde peut révéler l'existence possible d'un rétrécissement qui peut du reste avoir joué un rôle dans l'étiologie de cet abcès sous-urétral.

Elle permettra toujours de bien préciser les rapports étroits de la poche et de l'urètre et l'indépendance pleine et entière qui persiste entre la vessie et l'abcès sous-urétral. Le liquide que l'on obtient par le cathétérisme de la vessie est tout différent de celui que l'on obtenait par la pression de la poche.

Si l'on recommence le cathétérisme avec une sonde cannelée à extrémité courbe ou avec un stylet courbé, en suivant avec soin la paroi inférieure ou vaginale de l'urètre avec la pointe de l'instrument, on arrive souvent ainsi à pénétrer dans la cavité diverticulaire tandis qu'il en sort un peu de liquide.

Alors, cet explorateur étant introduit dans la poche, le doigt vaginal apprécie nettement l'épaisseur de la paroi, les dimensions approximatives de la cavité et l'existence possible de calculs.

Ces manœuvres en traumatisant les parois peuvent donner issue à un peu de sang.

Si l'on ne parvient pas à franchir l'orifice par cette méthode c'est qu'il est fermé par un bourrelet œdémateux, qu'il est masqué par un pli de l'urètre, ou enfin qu'il est trop étroit.

L'urétroscopie permet encore d'avoir des détails plus précis sur l'aspect morphologique de cet orifice et sur son siège exact. Ses dimensions peuvent varier de la taille d'une grosse tête d'épingle à celle d'une pièce de 0 fr. 50. Dans certains cas, il est arrondi, d'apparence rigide, à bords réguliers.

Dans d'autres cas, il prend un aspect ovalaire ou même linéaire, réalisant une véritable fente de la paroi inférieure de l'urètre ; son grand axe coïncide presque toujours avec ce dernier.

Ses bords peuvent être réguliers ou plus ou moins encochés. Souvent le pourtour de cet orifice est entouré d'une collerette de petites végétations avec quelques bulles d'œdème qui peuvent le masquer plus ou moins. Le reste de l'urètre peut être normal ou, si la lésion est déjà ancienne présenter également de l'œdème et de petites végétations. Cet orifice siège en général au moins à un centimètre du méat, sur la partie médiane de l'urètre, ou est très légèrement déporté d'un côté ou de l'autre.

La pression de la poche pendant l'urétroscopie provoque l'issue par l'orifice d'urine plus ou moins puru-

lente. VUILLEMIN dans le cas qu'il rapportait en 1922 à la Société d'Urologie, avait vu apparaître une grappe d'œdème bulleux assez finement pédiculé qu'il arrivait à faire sortir et rentrer à volonté.

Cette méthode d'exploration urétroscopique permet lorsque l'orifice est assez large de voir un calcul, s'il en existe ; enfin elle permet d'introduire dans la poche une sonde pour l'explorer ou pour y injecter un liquide modificateur.

On a également utilisé l'urétrographie qui a donné parfois de belles images. Mais cet examen est assez difficile à bien réussir en raison de la brièveté du canal chez la femme. En outre, on est gêné par l'image de la vessie qui, vient empiéter sur celle du canal. Il semble y avoir intérêt à faire les clichés après miction. On fera un cliché de face et deux autres en position oblique, antérieure droite et gauche. On aura soin de centrer les rayons au niveau du pubis et de mettre le bassin en bonne position, la malade couchée sur le dos.

Pour obtenir un meilleur remplissage de la poche on aura soin de la vider avant l'injection de lipiodol dans la vessie et de faire uriner la malade en s'opposant à la sortie de ce liquide, pour le faire pénétrer dans la cavité. Si par cette méthode on n'arrive pas à obtenir d'images, on injectera le lipiodol directement dans la cavité à l'aide d'une sonde introduite par l'urétroscope.

EVOLUTION

Dans le cas d'évolution insidieuse, si la malade ne se décide pas à se faire opérer de cette petite infirmité, celle-ci peut rester des années sans donner de manifestations importantes.

Mais le plus souvent l'évolution des abcès sous-urétraux est entrecoupée de poussées inflammatoires. Ces poussées sont dues à une surinfection de la poche diverticulaire, soit sous l'influence de décharges microbiennes de l'urine, soit que l'orifice de communication s'obture, supprimant le drainage de la poche. Les poussées de cystite sont presque inévitables et peuvent décider les malades à consulter. Ces diverses crises sont toujours calmées par la réduction de la poche ou l'injection à son intérieur de substances antiseptiques. Plus rarement, ces poussées peuvent se répéter à de courts intervalles, devenir très douloureuses et s'accompagner de complications vulvaires : érythème, ulcérations. De nouveaux abcès peuvent se greffer autour de ce premier abcès sous-urétral et venir s'ouvrir dans le vagin, donnant naissance à une fistule urétro-vaginale qui persistera indéfiniment.

Ces formes compliquées peuvent avoir un retentissement plus ou moins marqué sur l'état général et

même aboutir à un état neurasthénique sur lequel avait insisté DUPLAY et que l'on retrouve dans l'observation toute récente de FERRIER, sa malade ayant des intentions de suicide.

Chez la femme enceinte, l'abcès sous-urétral s'observe dans la seconde partie de la grossesse, au moment où les troubles de compression engendrant de la stase intestinale produisent la constipation, et l'on sait que c'est elle qui est à la base de la pyélonéphrite.

L'évolution de l'abcès sous-urétral au cours de la grossesse est liée à l'infection pyélo-vésicale. En général, après la délivrance, tout s'atténue, puis rentre dans l'ordre.

Mais la présence de cette masse dans le vagin peut être une cause de dystocie au cours du travail (ARMAND) et surtout cette poche suppurée risque de se rompre et de produire ainsi une infection grave pour l'enfant et surtout pour la mère.

Dans l'ensemble, l'évolution spontanée des abcès sous-urétraux est bénigne en elle-même, entrecoupée par instants de manifestations plus sérieuses.

Mais le traitement doit guérir cette affection et nous verrons dans un chapitre suivant les différentes méthodes essayées et les résultats qu'elles permettent d'obtenir. Dès maintenant, nous pouvons établir qu'un traitement chirurgical bien conduit donne sans risques sérieux une guérison définitive en débarrassant à tout jamais la malade de cette légère infirmité.

DIAGNOSTIC

L'existence d'une tumeur sous-urétrale dont la pression fait sourdre par le méat un peu de pus, doit d'emblée faire poser le diagnostic d'abcès sous-urétral que l'on confirmera en recherchant le sillon qui la sépare du bas-fond de la vessie, et en essayant de cathétériser la poche. L'urétroscopie et l'urétrographie ne seront employées que pour en préciser les caractères.

A première vue, si la femme a mal défini les troubles qu'elle ressent, la confusion est possible avec une cystocèle. Mais l'abcès sous-urétral a pour lui sa situation : il se présente à l'entrée du vagin et il est inutile de demander à la malade de faire un effort pour le rendre évident. Si la femme pousse un peu, la masse se projette directement en avant sans qu'il se fasse à son niveau ce mouvement de déroulement que l'on observe à la cystocèle venue du fond du vagin. De plus, la présence constante, au-dessus de la masse, d'un sillon répondant à la partie saine de l'urètre et le séparant de la vessie doit achever de fixer le diagnostic.

Il peut arriver qu'abcès sous-urétral et cystocèle coïncident ; en général, les deux lésions sont séparées

par la persistance du col vésical. Il faut bien connaître la coexistence de ces deux affections qui nécessite un traitement spécial.

Il est beaucoup plus rare que la dilatation urétrale communique largement avec la cavité vésicale par destruction du col (LEBRUN).

Il s'agit alors d'une variété de cas très complexes où l'abcès sous-urétral n'a en lui-même qu'une importance secondaire.

Toute une série de formations kystiques de la paroi vaginale antérieure pourrait à la rigueur prêter à confusion avec les abcès sous urétraux par la présence d'une poche sous-urétrale, par leur situation au-dessous du méat, à l'entrée du vagin et par leur forme régulièrement arrondie. Ces masses peuvent se compliquer de troubles de la miction, du fait de la compression de l'urètre qu'elles peuvent entraîner. Mais en aucun cas la pression ne fait sourdre de liquide au méat, ce qui suffit à les différencier des abcès sous-urétraux. Les kystes glandulaires de la paroi antérieure du vagin sont rares. Quand ils existent, c'est vers son extrémité inférieure qu'ils siègent de préférence.

Les kystes épidermiques du vagin sont exceptionnels. Ils s'observaient plus fréquemment autrefois quand la cure d'une cystocèle ne comportait que l'avivement superficiel de la muqueuse et qu'ainsi des débris d'épithélium étaient inclus dans la suture (BOUILLY).

Tous ces kystes peuvent du reste se transformer par la suite en abcès sous-urétraux. Ils peuvent co-exister avec un abcès sous-urétral..

Les tumeurs vasculaires de la région sous-urétrale, souvent consécutives à des accouchements, peuvent également constituer des causes d'erreur, mais en général on se trouve alors en présence de gros cordons veineux, mous et réguliers, véritables paquets variqueux, réductibles à la pression, dont la limite déborde habituellement la paroi antérieure du vagin, ce qui en rend alors le diagnostic différentiel plus aisé.

Ces tumeurs vasculaires peuvent d'ailleurs entraîner des troubles trophiques et provoquer une dilatation du canal urétral par déficience de ses parois.

Les fibromes de la cloison uréthro-vaginale, rares d'ailleurs, ne présentent guère cet aspect.

Les inflammations sous-urétrales chroniques d'emblée, à marche torpide, se caractérisent par un véritable blindage de toute la face inférieure de l'urètre jusqu'au col vésical.

Ces tumeurs urineuses à point de départ urétral sont rares chez la femme. Elles ne rappellent guère les abcès sous-urétraux étant bien plutôt à distinguer d'une tumeur maligne. La douleur au coït et la fré-

quence des mictions sont les seuls signes. Cette affection constitue ce que CLARKE appelait « congestion chronique de l'urètre ».

L'incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne se différencie du fait de l'absence de masse sous-urétrale. Tout au plus existe-t-il dans certains cas une cystocèle. Mais à chaque effort, il sort un peu d'urine, tandis que dans un abcès sous-urétral cela ne se produit qu'au premier effort suivant la miction et ce phénomène ne réapparaît qu'après la miction suivante.

TRAITEMENT

On a proposé pour cette affection différents modes de traitements que nous classerons selon leur valeur respective en : traitement médical, traitement endoscopique avec mise à plat de la poche par électrocoagulation, traitement chirurgical.

1. METHODES DE TRAITEMENT

A. — LE TRAITEMENT MÉDICAL consiste soit en lavages simples de l'urètre, soit en lavages de la poche pratiqués avec une sonde introduite par cathétérisme ou à l'aide d'un urétroscope, sous le contrôle de la vue. On a essayé toute une gamme d'antiseptiques. Les plus employés sont le nitrate d'argent en solution, ou les sels colloïdaux d'argent, type argyrol. Le mercurochrome semble également donner de bons résultats.

Certains auteurs et en particulier le Docteur WALTER HANNES, ont proposé le traitement par ponction de la poche à travers la paroi vaginale et injection à son intérieur de ferments leucocytaires. Ils auraient obtenu dans les cas où l'abcès sous-urétral s'est enkysté à nouveau, des résultats satisfaisants.

Si le traitement médical par lui-même ne donne

pas de résultats durables, la poche se réinfectant fatalement un jour ou l'autre, il y aura toujours intérêt à commencer par lui. Il constituera en quelque sorte le temps préparatoire aux deux autres modes de traitements.

B. — Depuis les progrès réalisés par les INTERVENTIONS ENDOSCOPIQUES à l'aide de courants de haute fréquence, HEITZ-BOYER a pensé que les abcès sous-urétraux pouvaient bénéficier de cette nouvelle technique.

FLANDRIN a rapporté à la Société Française d'Urologie, le 27 avril 1936, l'observation d'une malade de 44 ans que FERRIER a traitée par cette méthode.

Il commença par détruire l'œdème bulleux et les végétations qui s'étaient développées autour de l'orifice diverticulaire, puis effondra l'urètre au-dessus et au-dessous de cet orifice en utilisant l'électrode coupante. Ayant mis ainsi à plat sur toute sa hauteur le diverticule, il en étincela largement la cavité et détruisit aisément les deux lambeaux latéraux par électrocoagulation. L'opération terminée, l'abcès sous-urétral était largement ouvert dans la cavité urétrale et sans recessus apparent. La malade fut hospitalisée 6 jours, conservant 4 jours une sonde à demeure.

HEITZ-BOYER déclare avoir eu l'occasion d'opérer ainsi quelques cas dans son service.

Dans ces observations, les résultats paraissent avoir été satisfaisants ; mais les auteurs eux-mêmes déclarent qu'il ne s'agissait que de petits abcès sous-urétraux.

C. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL vise à obtenir

une guérison radicale par extirpation de la poche, et de la sorte l'urètre est reconstitué avec sa morphologie normale.

DUPLAY saisissait ensemble la poche dans une pince à mors fenêtrés, passait les fils et les rapprochait après avoir sectionné tous les tissus au ras de la pince.

L. TAIT procédait par dissection, réséquait toute la muqueuse de la poche et suturait sur une sonde les bords de la plaie.

SKEINE KITTE opérait en deux temps, ne fermant la fistule uréthro-vaginale qu'après disparition de toute infection.

Les risques de fistule restaient le gros inconvénient de ces techniques opératoires. Ce problème a été résolu par les techniques que nous avons vu employer par le Professeur MARION et par le Docteur GOUVERNEUR dans leur service et que nous allons maintenant étudier.

Le Professeur MARION n'incise pas directement la paroi antérieure du vagin, mais il fait une incision transversale très antérieure, au bord inférieur du méat.

Il décolle ensuite soigneusement d'avant en arrière la paroi vaginale antérieure jusqu'à ce qu'il puisse aborder facilement l'abcès sous-urétral qu'il enlève en entier, avivant la muqueuse urétrale au niveau de l'orifice de communication.

Il n'y a pas nécessité de refaire avec un grand soin la paroi urétrale qui se reconstitue d'elle-même par accollement avec la paroi vaginale.

Si par hasard une fistule se produisait, elle serait juste sous-méatique et ne provoquerait par conséquent pas de troubles.

Il faut signaler toutefois qu'au cours de cette intervention, il se produit assez souvent une hémorragie en nappe qui vient gêner l'opérateur.

Le Docteur GOUVERNEUR emploie la technique suivante :

Large incision de la muqueuse vaginale parallèle à l'axe de l'urètre et décollement de la paroi de la poche.

Ouverture franche, de bout en bout de la cavité ; on aperçoit alors son orifice de communication avec l'urètre.

Dissection et résection de la poche en gardant une collerette d'un demi-centimètre environ au plafond, tout autour de l'orifice.

Suture de cette collerette avec du catgut chromé par des points séparés invaginants, pour enfouir ce qui reste de la poche.

Par dessus ce petit moignon d'invagination on ramasse les tissus cellulaire et fibro-conjonctif pour faire un second plan.

Enfin, suture de la muqueuse vaginale qui constitue un troisième plan.

On tasse mollement une mèche dans le vagin et on

met en place pendant 8 à 10 jours une sonde de PEZZER.

Ce procédé a l'avantage d'éviter le rétrécissement de l'urètre ou une fistule uréthro-vaginale qui risquerait de se produire si l'on voulait réséquer en un bloc toute la poche. En effet, cette résection entraînerait forcément une grande perte de substance car aux parois de la poche adhèrent une partie de l'urètre au pourtour de l'orifice.

2. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Tels sont les différents traitements proposés à l'heure actuelle. Chacun d'entre eux présente ses avantages et ses inconvénients.

A. — Certes le TRAITEMENT MÉDICAL pour sa simplicité aurait la préférence du plus grand nombre de malades, mais il ne faut guère attendre de lui que des rémissions passagères ainsi qu'en témoignent les observations des auteurs l'ayant adopté.

B. — Le TRAITEMENT PAR ELECTRO-COAGULATION ENDOSCOPIQUE peut paraître séduisant. Mais on peut lui faire de gros reproches : les inconvénients au cours de l'opération, son résultat peu satisfaisant.

La manipulation des courants de haute fréquence est toujours très délicate, même pour des opérateurs très expérimentés. Ce procédé est aveugle et la zone d'action peut s'étendre plus qu'on ne le désire. Chez la femme en effet, l'urètre n'est pas entouré comme celui de l'homme d'une prostate qui le protège, et il

faudra redouter les risques de fistule par nécrose secondaire.

De l'aveu même des protagonistes de cette méthode, on ne serait en droit d'y recourir que dans le cas d'abcès sous-urétraux de petites dimensions.

Enfin, si on considère les résultats anatomiques, ils ne semblent pas parfaits. L'endoscopie vise à incorporer à l'urètre une poche située en déclive qui se draine mal : ce n'est donc qu'un pis aller.

C. — Le reproche que l'on a fait au TRAITEMENT OPÉRATOIRE serait le danger de fistule uréthro-vaginale. Ce danger est tout à fait exagéré, si on veut bien disséquer, garder à la paroi inférieure de l'urètre une courte collerette et ne pas abraser la poche au ras de l'urètre. En effet, si on reséquait la poche au ras de l'urètre on enlèverait une partie de muqueuse uréthrale et on augmenterait la dimension de la perte de substance. Grâce à ces précautions, les risques de fistule disparaissent et les résultats anatomique et fonctionnel seront parfaits. Notre préférence reste donc au traitement chirurgical qui, dans les cas subaigus ou chroniques, grâce aux techniques opératoires modernes, ne laisse pas de séquelles et permet seul d'obtenir une guérison complète et définitive.

Dans les cas où malgré les injections chaudes, les lavages de la poche ou les injections locales de vaccins, la suppuration ne s'atténuerait pas, il faudrait inciser l'abcès par le vagin. Une fois l'infection diminuée, il restera à s'occuper de la fistule uréthro-vaginale résul-

tant presque toujours de l'incision de l'abcès. C'est ce qui se produisit dans le cas publié en 1934 par SPAMER.

Chez la femme enceinte, on aura recours au traitement médical simple pendant la grossesse, et ce n'est qu'après l'accouchement que l'on entreprendra la cure chirurgicale de l'abcès sous-urétral, comme dans les autres cas.

OBSERVATIONS DUES A L'OBLIGEANCE DU D^r ROBERT GOUVERNEUR

OBSERVATION I

Mme A..., 53 ans, vient consulter le 29 octobre 1929 pour des douleurs au moment de la miction, survenues depuis quelques mois ; elle accuse également des élancements au niveau de la vulve. Pollakiurie légère, trois à quatre mictions la nuit, urine la journée toutes les deux heures. Souffre au moment des rapports génitaux depuis fort longtemps.

A l'examen : Tuméfaction du volume d'une amande, située au niveau de la paroi antérieure du vagin, à 2 cm. 1/2 en arrière du méat, en avant du col vésical. La muqueuse vaginale parfaitement normale et souple glisse sur la tuméfaction.

On se rend compte qu'elle doit occuper la cloison uréthro-vaginale ; elle est exactement médiane ; en pressant cette tuméfaction on fait sourdre par le méat de l'urine trouble. Une sonde vésicale pénètre facilement et ramène des urines claires. En palpant la tumeur, la sonde en place, on peut apprécier sa situation, juste au-dessous de l'urètre, appendue à lui, et quand elle a été vidée de son contenu, elle apparaît comme une tumeur de consistance mollassse. Elle grossit un peu quand la malade fait effort.

Diagnostic : Abscess sous-urétral ouvert dans l'urètre.

Opération le 26 octobre 1929. Anesthésie rachidienne à la stovaïne. Incision au niveau de la paroi antéro-supérieure du vagin sur 4 centimètres, débordant un peu en avant et en

arrière de la tuméfaction. Dissection d'une petite poche du volume d'une noix. La poche est ouverte et on résèque la majeure partie de ses parois en conservant une petite collerette de la paroi kystique. On aperçoit au centre l'orifice de communication avec l'urètre, de la taille d'une petite lentille. Suture des bords de la collerette par des points de catgut collargolé qui invaginent vers l'urètre la face interne de la paroi. Suture par dessus des tissus péri et sous-urétraux. Suture de la paroi vaginale. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires simples : Ablation de la sonde le douzième jour : la suture vaginale est cicatrisée, la malade urine bien, pas de pollakiurie.

Revue le 17 novembre 1929 : Région en parfait état ; la cloison vésico-vaginale est souple, indolente ; il persiste seulement une légère induration au niveau du siège opératoire.

Le 20 décembre 1929 : Ne ressent plus aucun trouble fonctionnel.

OBSERVATION II

Mme M..., 48 ans, vient pour des douleurs au niveau de la vulve et de la gêne à la miction avec pollakiurie.

Le début remonte à deux ans ; elle se met à souffrir au moment des rapports et remarque une douleur à l'entrée du vagin.

Les troubles, d'abord stationnaires, vont en augmentant. Pollakiurie diurne et nocturne avec signes légers de cystite.

A l'examen, le 16 septembre 1928 : Tuméfaction du volume d'une grosse amande située au niveau de la paroi vaginale antéro-supérieure, en arrière du méat, tuméfaction de consistance qui varie suivant les jours ; la pression fait sourdre de l'urine par le méat. La muqueuse vaginale est d'aspect normal et glisse sans adhérer sur la tuméfaction.

Tuméfaction médiane un peu sensible. Le sondage ramène des urines légèrement troubles contenant colibacilles et staphylocoques. Léger degré de prolapsus génital.

Diagnostic : Abscess sous-urétral ouvert dans l'urètre.

Opération le 27 septembre 1928.

Anesthésie générale à l'éther. Incision au niveau de la tuméfaction et dissection de la poche. Ouverture de celle-ci ; on constate l'orifice de communication avec la lumière urétrale, de la taille d'une tête d'épingle ; résection de la majeure partie des parois de la cavité et suture au catgut collargolé des débris de la poche en évasant en haut la face interne de façon à oblitérer l'orifice de communication. Suture des débris des tissus sous-urétraux. Suture vaginale. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : La sonde est laissée douze jours ; suture vaginale cicatrisée, douleur à la miction et légère pollakiurie ; la malade retient assez mal ses urines ; puis les troubles s'amendent et la malade, qui nous a donné de ses nouvelles trois mois après l'opération, nous a dit n'avoir aucun trouble et ne plus souffrir.

OBSERVATION III

(Inédite)

Mme R. B..., 50 ans.

Opérateur : Docteur Gouverneur.

Anesthésie : rachidienne.

Abscess sous-urétral fistulisé dans l'urètre.

Incision de la paroi uréthro-vaginale avec excision d'un petit lambeau.

On dissèque les parois de la poche, notamment les parois inférieure et latérale. Puis, quand la poche ne tient plus que par sa paroi urétrale, on excise tout le plancher de la cavité abcédée.

La paroi est épaisse, fibreuse, blanchâtre par sa face externe ; au contraire rouge, tomentueuse, purulente au niveau de la face interne.

On se rend compte qu'il existe deux petits orifices situés latéralement sur le même plan horizontal et qui font communiquer la cavité avec l'urètre.

Ils forment deux cratères du volume d'une petite lentille. Vivement de leurs bords.

On suture tous les tissus fibreux latéro-urétraux et sous-urétraux pour capitonner et faire la paroi inférieure de l'urètre.

Sonde de Pezzer.

Suites normales.

Dixième jour : la sonde est retirée.

Guérison.

OBSERVATION IV

(*Inédite*)

Mme F. J....

Opérateur : Docteur Gouverneur.

Anesthésie : générale.

Abcès sous-urétral fistulisé dans l'urètre.

Incision vaginale, dissection d'une poche de la taille d'une noix à parois fongueuses, communiquant avec l'urètre par une fistule de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

Résection des parois de la poche après ouverture.

Suture de l'orifice au catgut collargolé, capitonage de la poche.

Sonde de Pezzer.

Evolution normale.

Résultat parfait.

La sonde est retirée le huitième jour.

OBSERVATION V

(*Inédite*)

Mme P. A..., 32 ans. Blennorragie urétrale avec rechutes répétées lorsque l'on cesse les lavages. L'examen montre une petite tumeur de la paroi vaginale antérieure. La pression fait sourdre du pus ; l'examen bactériologique montre la présence de diplocoques de Neissera.

Opérateur : Docteur Gouverneur.

Anesthésie : éther.

Abcès sous-urétral.

Incision de la paroi au niveau de la cloison uréthro-vaginale.

Dissection facile d'une petite tumeur appendue à la face inférieure de la partie moyenne de l'urètre, de la taille d'une noix.

On l'isole facilement jusqu'au niveau de son attache supérieure.

Résection de la poche en fendant une petite collerette de la paroi.

Fermeture du trou faisant communiquer l'urètre et la poche.

Suture des plans sous-urétraux et suture de la paroi vaginale.

Sonde de Pezzer.

Suites opératoires normales.

La sonde est enlevée le dixième jour.

Par la suite, reprise des lavages et injections.

Guérison complète de la blennorragie, sans nouvelle rechute, même après les épreuves classiques de réactivation ; bière, nitrate.

AUTRES OBSERVATIONS

OBSERVATION VI

(Observation inédite due à l'obligeance du D^r R. Dossor)

Mme X..., 42 ans, a été traitée il y a deux ans à Laribo-

sière pour un abcès sous-urétral par nitratage de la poche. Revient consulter pour pollakiurie (une fois la nuit, le jour toutes les deux heures), avec sensation de gêne et de corps étranger vaginal.

Dans ses antécédents on note une blennorragie il y a vingt ans, et bien guérie.

A l'examen, présence d'une masse sous-urétrale du volume d'une noix, se présentant spontanément à la vue, écartant légèrement les grandes lèvres. La pression provoque un douleur assez vive et fait apparaître au méat du pus très liquide.

Le diagnostic d'abcès sous-urétral s'impose.

Intervention à l'anesthésie générale : Incision vaginale antérieure ; dissection d'une grande poche filant du côté gauche de l'urètre vers la base de la vessie ; ablation de la poche en laissant une légère collerette au niveau de l'urètre. Suture de tissus sous-urétraux et suture de la paroi vaginale.

Les suites opératoires ont été prolongées par l'apparition d'une phlébite gauche survenue un mois après l'opération, qui a eu une durée normale.

Guérison complète. Etat parfait à l'heure actuelle.

OBSERVATION VII

(Observation inédite due à l'obligeance du Professeur MARION)

Mme F. L..., 40 ans, vient consulter au début de janvier 1937 dans le Service.

Il y a une quinzaine de jours, en s'asseyant, la malade a ressenti une douleur dans le bas-ventre, qu'elle situa dans la vessie. Le soir même elle découvrit qu'elle avait dans le vagin une tuméfaction qu'elle prit pour un prolapsus utérin.

De plus, depuis un mois environ elle ressent, dans la fosse iliaque, des douleurs en éclair, deux fois par jour environ. Elle n'a jamais présenté d'urétrorragie, d'hématurie, de sable

urinaire. Mais elle a de légères pertes blanches et des urines troubles.

Au toucher vaginal on sent toute la paroi antérieure du vagin occupée par une masse légèrement sensible au toucher, de surface irrégulière.

La pression fait sourdre un liquide purulent, qui est prélevé, et dont l'étalement montre la présence de polynucléaires altérés et de très nombreux colibacilles.

On constate en outre l'existence d'une grosse rétroversion.

La malade est admise le 15 janvier 1937 et opérée le 27 par le Professeur Marion à la rachianesthésie.

Incision transversale au-dessous du méat, après abaissement du vagin on tombe sur une masse que l'on sectionne et au centre de laquelle on trouve une petite cavité. Le tout semble bien être d'origine glandulaire. L'urètre est reconstituée au-dessus de la portion mise à nu par l'ablation de la masse purulente. Mise en place du lambeau vaginal.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION VIII

Un cas de diverticule de l'urètre juxta-vésical chez la femme
(Observation du Docteur L. FERRIER,
rapportée par le Docteur P. FLANDRIN à la Société Française
d'Urologie à la séance du 27 avril 1936)

Mme G..., 44 ans, vin consulter l'un de nous en mars 1932 pour des manifestations de cystite subaiguë.

Le début remonte à quatre ans environ. La malade se fait alors soigner de façon irrégulière à l'hôpital Lariboisière pour une urétrite, soumise à des lavages uréthro-vésicaux au permanganate, et une métrite traitée classiquement par de grandes injections vaginales antiseptiques et des pansements locaux à la glycérine ichtyolée.

La nature exacte de cette double infection, urinaire et génitale, n'a pu être précisée.

Elle a été certainement soupçonnée d'origine blennorragique, comme pourrait le confirmer l'apparition d'arthralgies traitées avec succès par un vaccin antigonococcique.

A l'examen, aucune sécrétion n'apparaît tout d'abord au méat urinaire ; seule la pression de la région rétro-sphinctérienne de l'urètre fait jaillir une abondante sécrétion muco-purulente.

L'examen microscopique de celle-ci décèle, outre d'assez nombreux polynucléaires isolés, une flore microbienne abondante, très polymorphe où prédominent des bâtonnets Gram négatif.

Les urines fraîchement émises sont légèrement troubles et l'examen cytotactériologique y révèle de très rares polynucléaires et d'assez nombreux colibacilles.

Ni dans la sécrétion urétrale, ni dans les culots de centrifugation de l'urine n'ont été observés de diplocoques pouvant faire penser à une infection gonococcique.

L'urétroscopie permet d'observer, à 1 cm. 1/2 du bord inférieur du col vésical un assez large orifice à contours nets et assez régulièrement foncés. Il est situé légèrement à gauche de l'axe médian de l'urètre ; la pression pratiquée par un doigt introduit dans le vagin fait apparaître par celui-ci une sécrétion louche assez abondante.

Une sonde urétérale introduite par cet orifice pénètre facilement à une profondeur de 1 cm. 1/2.

Un lavage de la cavité, qui admet 4 à 5 cc. d'une solution de nitrate d'argent à 1/500 est ensuite pratiqué par la sonde.

Ces manœuvres sont répétées deux fois par semaine. Après la sixième injection on constate la disparition complète de la sécrétion purulente.

La malade est perdue de vue jusqu'en décembre 1935. Elle revient alors consulter parce que, après une assez longue période d'accalmie relative, des symptômes de même nature

et de même intensité se sont manifestés à nouveau depuis quelques mois. Il s'agit de douleurs post-mictionnelles, de pollakiurie souvent impérieuse et de petites hématuries terminales avec pyurie.

La sécrétion urétrale, qui avait à peu près totalement disparu, se présente avec les mêmes caractères qu'autrefois.

De nouvelles tentatives de désinfection sous contrôle urétroscopique ne déterminent plus qu'une amélioration légère et passagère tandis que la cystite cède facilement à quelques lavages vésicaux.

Il devient évident qu'un traitement plus radical s'impose pour éviter des récidives qui finissent par altérer nettement l'équilibre nerveux de notre malade. Dans ce but, une urétrographie est pratiquée dans le service de M. le Professeur agrégé Heitz-Boyer. L'épreuve de face ne donne aucun renseignement, l'urètre féminin se laissant trop facilement distendre par l'injection et le liquide de contraste refluant abondamment le long de la canule.

Après miction l'image du diverticule est des plus nettes.

Un peu à gauche du plan médian sagittal on distingue nettement une poche bilobée à *contours réguliers*. Ce diverticule qui se projette derrière la symphyse est le siège d'une *réten*tion importante et l'orifice urétral doit s'ouvrir notablement au-dessus du point le plus déclive de la poche inférieure.

Malgré son volume important, le diverticule ne fait pas saillie sur la paroi antérieure du vagin, même en état de réplétion après miction spontanée. Il est difficilement perceptible au toucher vaginal. Le seul signe révélateur de la lésion reste la douleur très précise et très localisée que provoque à son niveau le doigt vaginal explorateur.

Deux procédés opératoires s'offrent à nous ; une intervention sanglante par voie périnéale après dédoublement de la cloison urétro-vaginale.

Une intervention par les voies naturelles suivant la technique

d'Heitz-Boyer visant à mettre à plat le diverticule, à l'incorporer en quelque sorte à l'urètre lui-même en utilisant des courants de haute fréquence sous le contrôle de la vue.

A première analyse, l'intervention sanglante ne paraît pas présenter ici de difficultés majeures. La dissection et la résection d'un diverticule aussi volumineux nous paraissent devoir être assez facilement réalisées. Nous restons plus sceptiques sur la solidité de la suture de la brèche urétrale pratiquée obligatoirement en milieu infecté et nous craignons une fistule uréthro-vaginale secondaire.

L'intervention par la voie endo-urétrale, malgré les difficultés techniques que l'on rencontre habituellement chez la femme nous paraît devoir être plus simple et d'un résultat plus certain.

La malade, fatiguée, amaigrie, très découragée (elle parle de suicide), accepte l'intervention qui est pratiquée par l'un de nous le 1^{er} février 1936 sous anesthésie épidurale.

Depuis les premières tentatives de traitement, des lésions d'urétrite organisée se sont largement développées autour de l'orifice diverticulaire et même assez loin de lui. L'œdème bulleux et les végétations sont tout d'abord détruits, puis l'urètre est effondré au-dessus et au-dessous de l'orifice diverticulaire en utilisant l'électrode coupante.

Le diverticule est ainsi mis à plat sur toute sa hauteur, la cavité en est largement étincelée et les deux lambeaux latéraux aisément détruits par électro-coagulation.

En fin d'opération, le diverticule est largement ouvert dans la cavité urétrale et sans recessus apparents.

La malade est hospitalisée durant six jours. La sonde à demeure a été parfaitement tolérée, et supprimée le quatrième jour. Trois fois par jour de petits lavages à la phytoline, suivis d'instillations d'huile goménolée à 10 % ont été associés aux antiseptiques urinaires administrés *per os*. Il n'y a plus de pollakiurie et les douleurs qui suivent encore les mictions s'atténuent assez rapidement.

La malade est revue le 5 mars. Le méat est sec, même après une pression assez appuyée sur l'urètre juxta-vésical qui reste encore douloureux. Les urines sont claires et le rythme des mictions normal.

L'état général, comme l'a si souvent signalé Heitz-Boyer dans ses observations, a été très nettement amélioré par l'intervention. Il y a reprise de poids, d'appétit, et notre opérée, qui n'a plus « d'idées noires », a pu reprendre toute son activité.

Le 10 mars, une urétrographie de contrôle a donné les images suivantes :

Avant miction, le diverticule est réduit à une tache rétro-symphysaire du volume d'un pois, inséré sur la face gauche de l'urètre.

Après miction il n'en reste plus qu'une ombre peu étendue et irrégulière.

A l'urétroscopie on note tout d'abord la disparition des lésions d'urétéro-cystite signalées plus haut.

D'autre part il n'y a plus traces de diverticule, mais, sur la paroi postérieure de l'urètre on distingue nettement un long sillon vertical largement ouvert en avant.

OBSERVATION IX

(Observation du Docteur F. H. DE BEAUFOND,
rapportée au XXXVI^e Congrès français d'Urologie)

Il s'agit d'une femme de 35 ans, VII^e pare, dont les accouchements ont été normaux, le premier remontant au 15 janvier 1920, et le dernier datant du 19 août 1933.

Elle subit une périnéorraphie en novembre 1933 et c'est en août 1934 qu'éprouvant les premiers malaises, elle remarque la tuméfaction. L'attention de la malade, peu éveillée d'ailleurs en elle-même, semble n'avoir été attirée qu'après la fistulisation dans l'urètre.

Elle reste avec ses pertes et sa cystite du col pendant de longs mois, puisqu'elle ne consulte pour la première fois qu'en janvier 1936. Je ne la vois que trois mois plus tard (en avril), n'ayant suivi aucun traitement quand, lasse enfin de cette situation, elle va consulter à Tarnier M. le Professeur Brindeau, qui a eu l'amabilité de me la confier. Ses urines sont franchement troubles, et à l'examen du périnée on voit, sur la paroi vaginale antérieure, dont l'aspect est absolument normal, une tuméfaction médiane du volume d'un petit œuf. La palpation fait sourdre du pus par l'urètre ; on peut engager facilement une sonde dans cette poche, dont l'orifice s'avère large.

Pour pouvoir intervenir j'ai dû faire une désinfection préalable, pratiquant des lavages de la poche à la solution de nitrate d'argent.

J'ai opéré le 26 mai, et la malade a guéri rapidement sans incident.

Compte rendu de l'examen histologique pratiqué par le Professeur Champy : « la pièce comprend du tissu conjonctif avec une cavité irrégulière, tapissée d'un épithélium du type vaginal un peu anormal par sa minceur, mais parfaitement reconnaissable aux cellules superficielles claires, aux ponts intercellulaires des éléments profonds et à quelques papilles épidermiques conservées. Il s'agit donc d'un trajet diverticulaire de vagin ou d'un kyste d'origine vaginale. Il est dans l'espèce sensiblement enflammé ».

CONCLUSIONS

I. — Le terme d'*abcès sous-urétral* nous paraît préférable à celui d'*urétrocèle* ou *fausse urétrocèle*.

En effet, cette affection résulte :

— essentiellement de l'infection des glandes sous-urétrales ;

— plus rarement de l'inflammation et de l'ouverture dans l'urètre d'un hématome de la région ou d'un kyste de la paroi antérieure du vagin.

II. — Bien qu'il s'accompagne de symptômes peu prononcés (douleurs uréthro-vaginales et signes de cystite) l'abcès sous-urétral présente une évolution presque fatalement entrecoupée de poussées inflammatoires.

III. — A) Le traitement médical ne peut guère être que palliatif. Il constituera le temps préparatoire aux deux autres modes de traitement.

B) Le traitement endoscopique par électro-coagulation tend à incorporer à l'urètre la poche de l'abcès sous-urétral en élargissant l'orifice de communication. Il est délicat ; il peut même être dangereux. la zone de nécrose secondaire risquant d'entraîner une fistule. Il ne pourrait être indiqué que dans des

cas de petites dimensions. Il ne supprime pas complètement la poche. Ce n'est qu'un pis aller.

C) Le traitement idéal reste le traitement chirurgical qui seul permet d'obtenir une guérison radicale et de redonner à l'urètre sa morphologie normale.

Il consistera en une dissection de la poche avec résection de la plus grande partie de celle-ci, en laissant toutefois une collerette d'un demi-centimètre environ au niveau de l'orifice de communication. Puis on suturera cette collerette. On renforcera la paroi par une fermeture en deux plans : l'un formé par les tissus cellulaire et fibro-conjonctif, l'autre par la muqueuse vaginale. Grâce à ce procédé, tout risque de fistule sera écarté.

En cas de suppurations aiguës et persistantes on inciserait l'abcès par le vagin et on fermerait la fistule uréthro-vaginale en un second temps.

Chez la femme enceinte, la cure radicale ne sera entreprise qu'après l'accouchement.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MARION.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR. — Observations d'abcès sous-urétéraux chez la femme. (*Province Médicale*, 1894, pp. 145 et 157.)
- BAIDIN. — Multiple urethroheln bei der Frau. (*Zent. f. Gyn.*, fasc. 58, N° 38, 22 septembre 1934, p. 2225.)
- BANZET. — Deux cas de pseudo-urétrocèle chez la femme. (*Assoc. franç. d'Urol.*, 1902-1903, p. 230.)
- BEAUFOND (DE). — (XXXVI^e Congrès français d'Urologie, octobre 1936, pp. 588-594.)
- BERFIELD. — Sur la présence des cristaux dans les glandes de l'urètre de l'homme. (*Wien. med. Wolch.*, 1881, N° 31.)
- BLANC. — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Ann. Mal. org. génito-urin.*, 1895, p. 523.)
- BLANC et CHARLOT. — Sur un cas d'urétrocèle vaginale. (*Loire Médic.*, t. XXV, 1906, p. 32.)
- BOIK. — Urétrocèle chez la femme. (*Clinique*, Bruxelles, 1895, p. 449.)
- BORLE et LABAT. — Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme. (*Thèse de Montpellier*, 1906.)
- BOURSIER. — De l'urétrocèle vaginale et de ses variétés. (*Congrès périod. gyn. et obstr.*, 1895-1896, p. 390.)
- De l'urétrocèle vaginale et de ses variétés. (*Arch. chir. de Bordeaux*, 1895, p. 481.)
- Urétrocèle vaginale. (*Bulletin méd.*, 22 septembre 1896.)
- Urétrocèle vaginale. (*Précis de Gynécologie*, 1903, p. 231.)

- Urétrocèle vaginale. (*Semaine Méd.*, 1895, p. 379.)
- BRAXTON, HICKS et HASFIELD. — (*London's Obstetric Society*, t. XXXII, 1890, p. 68.)
- BREUS (A.). — (*Rev. urol. de S. Paulo*, 3, 26-31 july, August 35.)
- BRINON. — (*Thèse*, Paris, 1888.)
- BROCA. — Le prolapsus de l'urètre chez les petite filles. (*Ann. gyn. obst.*, 1896, p. 212.)
- BRUNON (DE). — Contribution à l'étude de l'urétrocèle vaginale. (*Thèse*, Paris, 1888.)
- BURTY. — Des abcès sous-urétéraux chez la femme. (*Paris Chirurgical*, 1913, pp. 135-137.)
- CALAVASSY. — Des abcès du septum uréthro-vaginal. (*Thèse de Lyon*, avril 1894.)
- CAMPBELL. — (*Am. J. Surgery*, 21, 452-453, septembre 1933.)
- CARVALCO et LYRA. — (*Annales Paulistas di Medicina e Cirurgica*, Sao-Paulo, septembre 1918, p. 208.)
- CEALIC, ATHANASIN. — Abscess suburethral in femee. (*Sputalul*, Bucaresti, 1911, XXXI, 158-160.)
- CHAPPLAIN. — Urétrocèle vaginale. (*Gaz. des Hôp.*, 1883, pp. 1145-1162.)
- CHÉRON. — Urétrocèle vaginale. (*Gaz des Hôp.*, 1887.)
- Urétrocèle vaginale. (*Rev. Méd. chir. mal. femme*, Paris, t. IX, 1887, pp. 208-224.)
- CHROBACK. — (*Geburtsh gynäkol. gesellochafft in Wien*. Séance du 21 novembre 1893. *In Cent. Blat. f. Gynäkol*, 20 janvier 1894, p. 75.)
- CONDAMIN. — Observation d'abcès sous-urétral chez la femme. (*Province Médicale*, 21 avril 1894, p. 181.)
- CORY. — Abscess of female urethra. (*Obstetrical transaction*, t. XI, 1870.)
- COVA. — Urétrocèle vaginale. (*Gynécol.*, 1904, p. 740.)
- DESMOS. — Art. Urètre. (*Dic. encyclop. Sc. méd.*, p. 285.)
- DITTEL (VON). — (*Geburtsch. gynäkol. Gesellschaft in Wien*. Séance du 21 novembre 1893. *Int Cent. Bl. f. Gynäkol*, 20 janvier 1894, p. 75.)

- DORN. — (*Cent. f. gynäk*, 1889.)
- DUCHAMP. — Abscès sous-urétral chez une femme enceinte. (*Livre Médical*, 1894, p. 159.)
- DUPLAY. — Urétrocèle vaginale. (*Gaz. des Hôp.*, 1880, p. 730.)
- Contribution à l'étude des maladies de l'urètre chez la femme. (*Archives de médecine*, 1880.)
- Poche urinaire de l'urètre chez la femme. (*Gazette des Hôpitaux*, 1888.)
- Contribution à l'étude des maladies de l'urètre chez la femme. (*Annales de Gynécologie*, 1880, p. 198.)
- Urétrocèle vaginale. (*Courrier médical*, 1899, p. 231.)
- Urétrocèle vaginale. (*Arch. de Gynécol.*, 1899, p. 129.)
- Urétrocèle vaginale. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 33.)
- Urétrocèle vaginale. (*Rev. prat. des trav. méd.*, 1899, p. 169.)
- EMMET. — La pratique des maladies des femmes, p. 750.
- ETIENNE. — A propos d'un cas d'urétrocèle vaginale. (*Soc. de Méd.*, Nancy, 1893-1894, p. 71.)
- Urétrocèle vaginale. (*Rev. Méd. de l'Est*, 1894, p. 449.)
- FELLNER (O.). — (*Semaine Médicale*, 1907, p. 293.)
- Linige Fälle von paraurethraler Literatur beim Weibe.
- Monatssch. f. Geburtsh u gynäkol., mars 1907, p. 319.
- FISSEAUX. — Urétrocèle vaginale. (*Ann. de Gynécol.*, 1879.)
- FLANDRIN et FERRIER. — (*Journal d'Urologie*, 27 avril 1936, p. 189-196.)
- FOUCHER. — (*Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 758.)
- FURNISS. — Periurethral abscess in a woman. (*N. York. M. J.*, etc., 1916, CIII, 522.)
- Suburethral abscess and diverticule in female urethra. (*J. Urol.*, 33 : 498, 503, May 1935.)
- GENOUVILLE. — Urétrocèle vaginale. (*Ann. mal. des org. génit. urin.*, 1892.)
- GILETTE. — Urétrocèle vaginale. (*Union Médicale*, 12 avril 1873.)

- GIRAUD. — Urétrocèle vaginale. (*Gaz des Hôp.*, 1883, p. 1162.)
- GOUVERNEUR. — Les kystes ou abcès sous-urétraux fistulisés. Urétrocèles vaginales. (*La Médecine*, 1933, p. 269.)
- Les kystes ou abcès sous-urétraux fistulisés. (*Livre jubilaire offert au Professeur Harmann*, 1932, p. 277.)
- HALBAN et TANDLER. — (*Arch. f. Gynäk Berlin*, t. LXXIII, 1904, p. 351.)
- HAMILTON. — Abcès du septum urétrovaginal. (*British. med. Journal*, 1881.)
- HANNES (W.). — Paraurethraler abscess geheilt durch leuko-fermantin injektion. (*Ztschr. f. Gynäk urol.*, Leipz., 1910, II, 205-207.)
- HARTMANN (G.-L.). — Les kystes du vagin. (*Thèse*, Paris, 1919.)
- HERMANN. — Transactions. (*Obst. Soc.*, London, t. XXVIII, 1886-87, pp. 27, 181, 187.)
- HICKBOTHOM. — (*British Med. Journal*, 1882, p. 613.)
- HUGUIER. — (*Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1847.)
- IMBERT et SOUBEYROU. — (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1901, p. 1408.)
- ISELIN. — Abcès sous-urétral sans communication avec l'urètre. Extirpation de la paroi. Guérison. (*Paris Chirurgical*, 1913, p. 15.)
- JONES. — (*Saint-Louis Méd. and surg. Journal*, t. XIII. 1876, pp. 457-460.)
- JOHNSON. — (*The Journal of urology*, t. VIII, N° 1, juillet 1922.)
- KEITH SHEME. — (*Transaction Edinburgh Obst. Soc.*, 5 décembre 1884, pp. 151-153.)
- LABRESQUIÈRE. — (*Annales de Gynécologie*, 1886.)
- LAYTON (Thomas). — Histoire d'un calcul phosphatique expulsé spontanément par le vagin. (*New Orléans med et surg. Journal*, 1878-79.)
- LAWSON TAIT. — (*The Lancet*, 30 octobre 1876, t. II, p. 625.)
- (*British med. Journal*, mai 1885, p. 982.)

- LEBRUN. — L'urétrocèle chez la femme. (*Journ. d'Urologie*, N° 4 et 5, 1923, p. 275, t. XV.)
- LE DENTU et PICHEVIN. — A propos de deux examens histologiques d'urétrocèle vaginale. (*Semaine gyn.*, 1897, p. 17.)
- LEJARS. — Leçons de chirurgie, « la Pitié, 1893-94 » : Les tumeurs urétrales et péri-urétrales chez la femme, p. 594, Paris, 1895.
- Urétrocèle vaginale. (*Ann. mal. génito-urin.*, 1909, p. 547.)
- LEJARS. — Les abcès sous-urétraux chez la femme. (*Semaine méd.*, 29 juillet 1908, p. 361.)
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie (2 vol., 1920).
- LUTAUD. — Urétrologie vaginale. (*Arch. gén. méd.*, 1876.)
- MARION. — Encyclopédie française d'urologie (t. VI, p. 156).
- Traité d'urologie, p. 777, 3^e édition.
- MATZENAUER. — Periurethrale infiltrate und abscesse beim Weibe ; chronisch gonorrhöische induration der Weiblicher harnröhre. (*Wien. Klin. Wochensch.*, 6 novembre 1902.)
- MEERDERVOORT. — Urétrocèle vaginale. (*Rev. Gynécol.*, 1901, p. 31.)
- MORESTIER. — Prolapsus inflammatoire de l'urètre chez la femme. (*Soc. Anato.*, 1909, p. 607.)
- MULLER. — Abcès sous-urétral chez la femme. (*Loire Médicale*, Saint-Etienne, 1913, XXXII, 289-295.)
- NALTY (A. Mc.). — Diverticula of the female urethra. *The American Journal of Surg.*, t. 28, N° 1, avril 1935, p. 117.)
- OZENNE. — Des urétrocèles vaginales. (*Bull. méd.*, 1892, p. 1.)
- PARIS et FOURNIER. — Urétrocèle vaginale. (*J. d'Urologie*, t. IV, N° 4, p. 617.)
- PASTEAU. — Urétrocèle vaginale. (*Ann. mal. or. génito-urinaires*, p. 1897.)

- PETIT-DUTAILLIS (Paul). — Urétrocèle et pseudo-urétrocèle. (*La Gynécologie*, juillet 1912, p. 385.)
- PICHEVIN. — Du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Journ. de médecine de Paris*, 1910, p. 238.)
- PIEDPREMIER. — (*Thèse*, Paris, 1887.)
- Urétrocèle vaginale. (*Revue méd. chir. maladies des femmes*, 1888, p. 26.)
- POMPEVAN MEERDERVOORT. — Urétrocèle vaginale. (*Rev. de gynéc. et chir. abdominale*, 1901, p. 31.)
- POLLAK. — Die gonorrhée der para-urethralen gange des Weibes. (*Zentralblatt fur. Gynäköl.*, 5 mars 1902.)
- POUPINEL. — Urétrocèle vaginale. (*Rev. de Chir.*, juillet 1889.)
- POURTIER. — Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1896.)
- POUSSON. — Urétrocèle vaginale. (*Encyclop. franç. Urologie*, t. V, 1922, p. 807.)
- PRASESKI. — Urétrocèle vaginale. (*Nouvelle arch. obst. et gynécol.*, 1892, p. 236.)
- PRIESTLEY. — (*Archives générales de Médecine*, 1880, t. II, p. 22.)
- (*British. Med. Journal*, 1869, t. VII.)
- PUECH et PUYGAMETLER. — Prolapsus de l'urètre. (*Gaz. des Hôp.*, 1898, p. 1174.)
- Urétrocèle vaginale. (*Sem. Gynéc.*, 1898, p. 396.)
- QUÉNU et PASTEAU. — Urétrocèle vaginale. (*Ann. mal. des org. génito-urin.*, 1896, p. 289.)
- QUÉNU et PICQUE. — Art. urètre. (*Dictionnaire Sciences médicales.*)
- QUINSTARD. — De l'urétrocèle vaginale. (*Thèse*, Paris, 1898.)
- RECHNIEWSKA. — Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1900.)
- RICHARDS. — *Wisconsin M. J.*, 35, 205-207, mai 1936.
- ROBIN et CADIAT. — (*Journal de l'Anatomie et de Physiologie.*)
- ROUTH (Ar.). — Diverticules urétraux. (*British Med. Journal*, 15 février 1890.)

- ROUTIER. — (*Médecine moderne*, 15 janvier 1895.)
- SEXTON. — (*J. Missouri, M. A.*, 33, 323-326, August 36.)
- (*Wisconsin, M. J.*, 35, 103-105, Feb. 36.)
- SHULZ. — (*Ztschnift f. urologie*, 27, 361-362, 1933.)
- SIMON. — (*Monat f. geb. Heilk.*, t. XXXV, 1882, p. 527.)
- SPAMER. — (*Ztschrift fur urologie*, 28, 550-552, 34.)
- STOEKEL. — (*Zentralblatt f. Gynak.*, 58, 2225-2230, septembre 1922, 34.)
- TAIT (L.). — (*The Lancet*, 30 octobre 1876, t. II, p. 625.)
- TÉMOIN. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. (*Thèse*, Paris, 1889.)
- THÉVENOT. — Prolapsus de la muqueuse urétrale étranglé. (*Lyon Chir.*, janvier-février 1927, p. 74.)
- THOMAS. — (*New-York Med. Journal*, t. XXXV, 1882, p. 527.)
- TILLAUX. — (*Anatomie topographique*, 6^e édition.)
- VERNEUIL. — Prolapsus de la muqueuse urétrale. (*Gaz. des Hôp.*, 27 avril 1882.)
- Prolapsus de la muqueuse urétrale. (*Bull. Soc. Chir.*, 1883, p. 125.)
- VILFROY. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. (*Thèse*, 1911, pp. 37 et 44.)
- VILLEMIN. — Contribution à l'étude de l'urétrocèle à l'aide de l'urétroscope de Mac. Carthy. (*Journal d'Urologie*, 1922, p. 27, t. XIV.)
- VOILLEMIN. — Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. (*Thèse*, Paris, 1899.)
- WANGH (J. R.). — Diverticula of urethra caused by Periurétral Abscess. (*The Journal of urol.*, vol. XXVIII, N^o 5, novembre 1932, p. 619.)
- WOODS. — Suturethral Abscess. (*Amer. Medicine*, 13 février 1904, p. 261.)
- ZELIGSON. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. (*Thèse*, 1895.)

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE	9
Anatomie pathologique	13
Etiologie	15
Symptomatologie	19
Evolution	27
Diagnostic	29
Traitement	33
Observations dues à l'obligeance du D ^r Robert Gou- VERNEUR	40
Autres observations	44
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères

